



掛號單

犬貓細菌/黴菌檢驗單

收件日期： 勿 填

1. 診斷中心編號： _____ 檢驗編號： _____ 送檢日期： _____年____月____日

2. 送檢單位：

送檢單位/動物醫院		送檢獸醫師	
聯絡電話		電子信箱	
聯絡地址		畜主姓名	

3. 檢體種類及畜種資訊

<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 貓	<input type="checkbox"/> 公 <input type="checkbox"/> 母	品種： _____ 年齡： _____ 寵物名： _____ 病歷編號： _____
檢體種類： _____	目前是否使用抗生素： <input type="checkbox"/> 是 _____ (請填抗生素名稱) <input type="checkbox"/> 否	
<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 本次送檢之檢體提供研究用途 (研究使用時僅可揭露檢體來源之縣市名稱，其餘資料皆遵循保密政策不揭露)		

4. 檢驗項目(常規藥敏檢測採用紙錠擴散法)

<input type="checkbox"/> 好氣培養+菌種鑑定+藥敏 (1,000 元)
<input type="checkbox"/> 好氣+厭氧培養+菌種鑑定+藥敏 (1,100 元)
<input type="checkbox"/> 黴菌(真菌)培養+鑑定(無藥敏檢驗) (1,000 元)
<input type="checkbox"/> 特殊培養與鑑定 (請電洽實驗室詢問與報價)

5. 藥敏組合(請勾選最適合之抗生素組合) (若出現嚴重抗藥性將主動測試其他種類抗生素紙錠)

<input type="checkbox"/> 泌尿道	<input type="checkbox"/> 呼吸道	<input type="checkbox"/> 皮膚/耳道
Ampicillin/Amoxicillin	Ampicillin/Amoxicillin	Amikacin (AN)
Augmentin (AMC)	Augmentin (AMC)	Augmentin (AMC)
Gentamicin (GM)	Gentamicin (GM)	Gentamicin (GM)
Amikacin (AN)	Amikacin (AN)	Cephazolin (CZ)
Imipenem (IPM)	Imipenem (IPM)	Cefadroxil (CFD)
Meropenem (MEM)	Meropenem (MEM)	Doxycycline (D)
Cephazolin (CZ)	Cephazolin (CZ)	Enrofloxacin (ENO)
Cephalexin (CN)	Cefadroxil (CFD)	Ciprofloxacin (CIP)
Enrofloxacin (ENO)	Doxycycline (D)	Neomycin (NEC)
Levofloxacin (LVX)	Enrofloxacin (ENO)	Clindamycin (CC)
Ciprofloxacin (CIP)	Ciprofloxacin (CIP)	Azithromycin (AZM)
Sulfamethoxazole/Trimethoprim (SXT)	Clindamycin (CC)	Sulfamethoxazole/Trimethoprim (SXT)
Linezolid (LZD)	Metronidazole (MT)	Chloramphenicol (C)
Vancomycin (VA)	Clarithromycin (CLR)	Rifampin (RFP)
Metronidazole (MT)	Linezolid (LZD)	Polymyxin-B (PB)
Clindamycin (CC)	Vancomycin (VA)	
Doxycycline (D)		

6. 備註 (如有其他送檢資訊請在此說明)

--